

Incremento ponderale in gravidanza



Prof. P. Greco
Dott.ssa E. Mantovani

Modificazioni dell'organismo materno in gravidanza

Componenti dell'incremento ponderale

Contributo fetale: 30-40%

Contributo materno: 70%

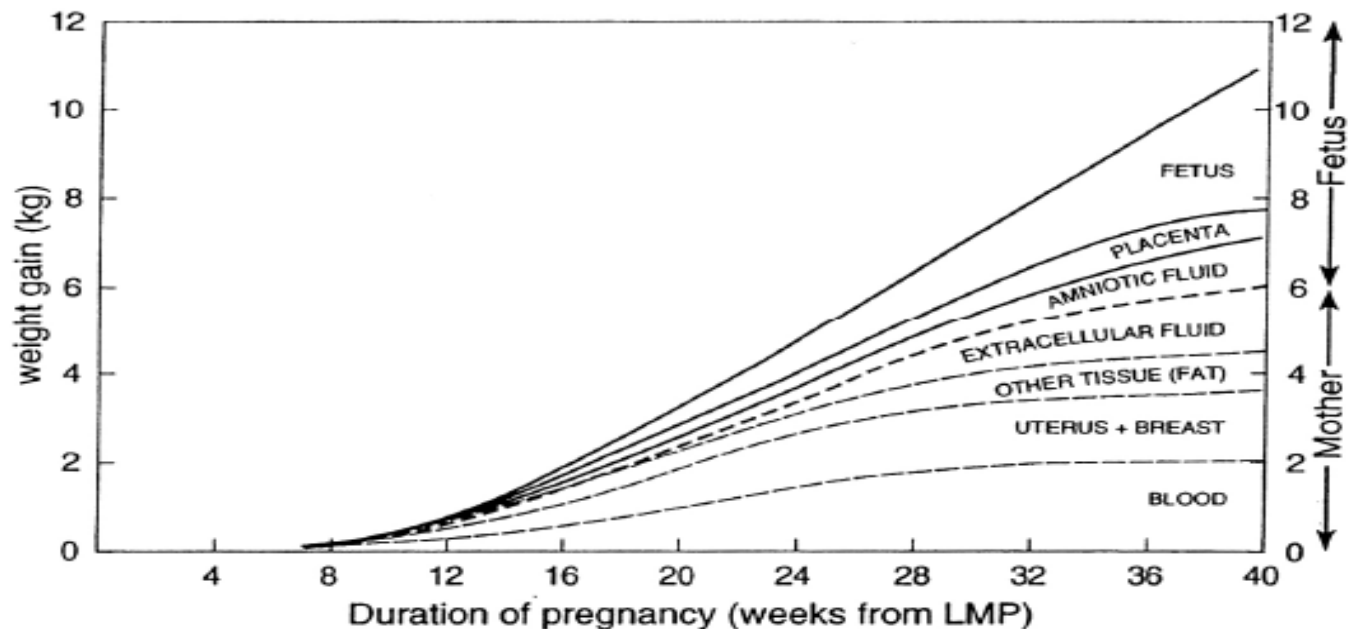


FIGURE 3-3 Components of gestational weight gain.

SOURCE: Pitkin, 1976. Nutritional support in obstetrics and gynecology. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 19(3): 489-513. Reprinted with permission.

Aumento ponderale in gravidanza

- E' variabile, mediamente 10 Kg
- Dipende dal peso pre-gravidico, e dovrebbe essere maggiore nelle donne sottopeso, minore nelle donne sovrappeso
- Ha un rapporto con l' esito della gravidanza, con aumento degli esiti sfavorevoli sia per incrementi troppo *piccoli* che troppo *grandi*

Aumento ponderale in gravidanza

- Non ‘mangiare per due’
- Le energie richieste dalla gravidanza sono fisiologicamente compensate più da una diminuzione delle attività fisiche che da un aumento della assunzione di calorie
- Un eccessivo aumento ponderale in gravidanza è un importante fattore di rischio per l’obesità

Aumento ponderale in gravidanza

- Dopo il primo trimestre → il peso corporeo della gravida aumenta in modo proporzionale all'avanzare dell'età gestazionale per accumulo di proteine e di lipidi corporei.
- Ultime dieci settimane → aumenta anche il volume dei liquidi interstiziali.
- **L'introito calorico** dovrebbe corrispondere al **fabbisogno giornaliero**:

costo energetico a riposo +

dispendio per l'attività fisica +

effetto termico (azione dinamica specifica) degli alimenti

Fabbisogno calorico in gravidanza

Calorie giornaliere necessarie durante la gravidanza = **2.550 a 2.700 per quasi tutte le donne.**

Il National Research Council ha raccomandato un **aumento di 300 calorie/giorno** rispetto alla situazione pre-gravidica

Da **individualizzare** in base a :

- indice di massa corporea prima della gravidanza,
- velocità d' aumento ponderale,
- età materna,
- attività fisica

BMI o Formula di Quetelet

$$\text{PESO (Kg)} / \text{ALTEZZA}^2 (\text{m}^2)$$

| | BMI |
|-----------------------|------------|
| SOTTOPESO | < 18.5 |
| NORMOPESO | 18.5-24.9 |
| SOVRAPPESO | 25-29.9 |
| OBESITA' (CLASSE I) | 30-34.9 |
| OBESITA' (CLASSE II) | 35-39.9 |
| OBESITA' (CLASSE III) | >40 |

Limiti del BMI: formula aritmetica che non misura la percentuale di grasso corporeo (PBF), non tiene conto della distribuzione corporea del tessuto adiposo, non distingue tra massa magra, massa grassa e massa ossea.

Incremento ponderale

370 a 420 grammi/settimana in gravidanza normale
e paziente normopeso

Recommended optimal ranges of weight gain in pregnancy²

| BMI category (kg/m²) | Recommended total gain (kg) |
|--|------------------------------------|
| Low (< 19.8) | 12.8–18.0 |
| Normal (19.8–26.0) | 11.5–16.0 |
| High (> 26.0–29.0) | 7.0–11.5 |
| Obese (> 29.0) | > 6.0 |
| Diabete gestazionale + obesità | 4-9 kg |

BMI, body mass index

- Un incremento ponderale entro i limiti raccomandati dall' Institute of Medicine è collegato con un esito migliore della gravidanza (solo 38% delle donne raggiunge l' incremento ponderale raccomandato negli USA)
- Nella realtà, le donne con basso indice di massa corporea prima della gravidanza aumentano meno di quanto consigliato, mentre, al contrario, quelle con alto indice di massa corporea tendono ad aumentare più di quanto raccomandato
- Un basso incremento ponderale predispone al difetto di crescita fetale e al parto pretermine. Un eccessivo incremento ponderale comporta una macrosomia fetale ed un aumento dei tagli cesarei

L' OBESITA' è una condizione clinica caratterizzata da un aumento della percentuale di tessuto adiposo corporeo (Percentage Body Fat, PBF) in misura tale da influire negativamente sulla salute. (**OMS**)

La prevalenza della obesità è in aumento tanto da essere considerata
una

**EPIDEMIA
GLOBALE**

OBESITA' E GRAVIDANZA



Negli U.S.A. il **31.8%** delle donne in età riproduttiva ha BMI > 30 (ACOG 2015)

COMPLICANZE

- Antepartum
- Intrapartum
- Postpartum
- Fetali, neonatali, infantili

Aborto spontaneo

Aborto ricorrente

Anomalie congenite fetali

| Congenital Anomaly | Increased Risk |
|--------------------------|-----------------------------|
| Neural tube defects | OR, 1.87; 95% CI, 1.62–2.15 |
| Spina bifida | OR, 2.24; 95% CI, 1.86–2.69 |
| Cardiovascular anomalies | OR, 1.30; 95% CI, 1.12–1.51 |
| Septal anomalies | OR, 1.20; 95% CI, 1.09–1.31 |
| Cleft palate | OR, 1.23; 95% CI, 1.03–1.47 |
| Cleft lip and palate | OR, 1.20; 95% CI, 1.03–1.40 |
| Anorectal atresia | OR, 1.48; 95% CI, 1.12–1.97 |
| Hydrocephaly | OR, 1.68; 95% CI, 1.19–2.36 |
| Limb reduction anomalies | OR, 1.34; 95% CI, 1.03–1.73 |

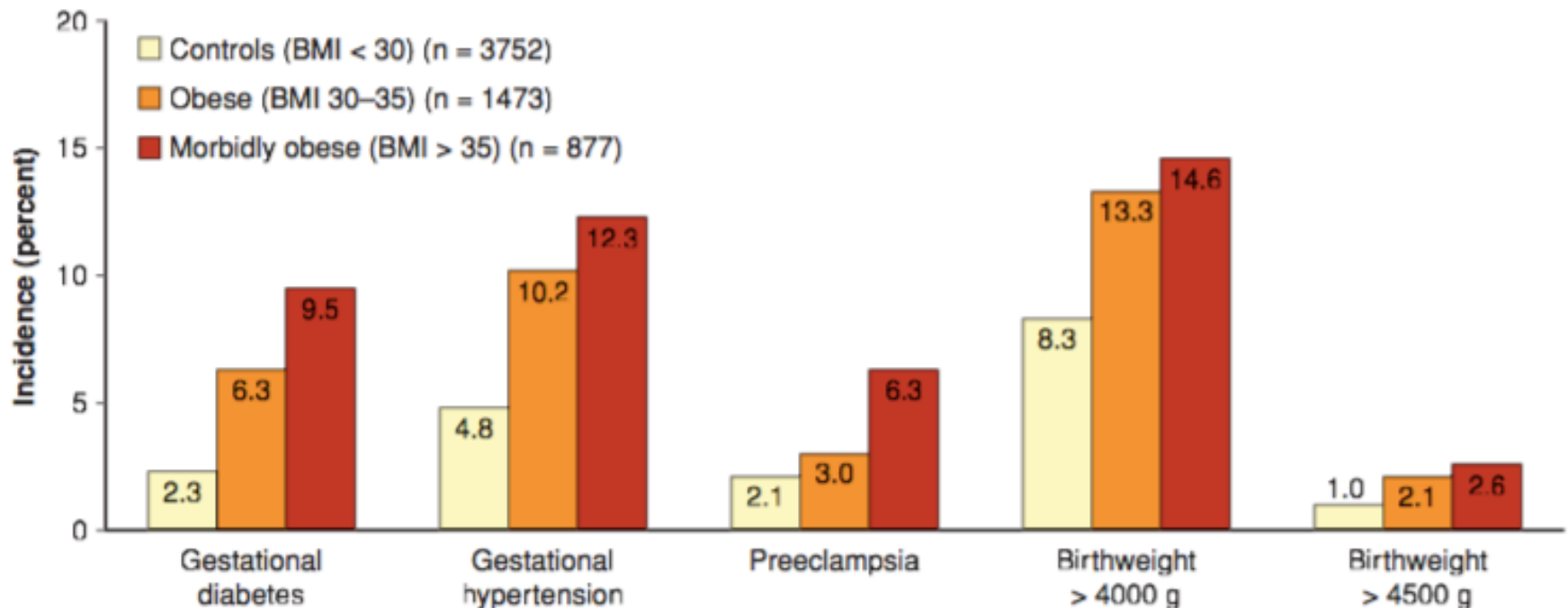
Diabete gestazionale
Ipertensione arteriosa
Preeclampsia
Parto pretermine
Steatosi epatica non alcolica
Gravidanza post termine
Sindrome delle Apnee Ostruttive
Alterata crescita fetale
Morte fetale Intrauterina

Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate—A population-based screening study

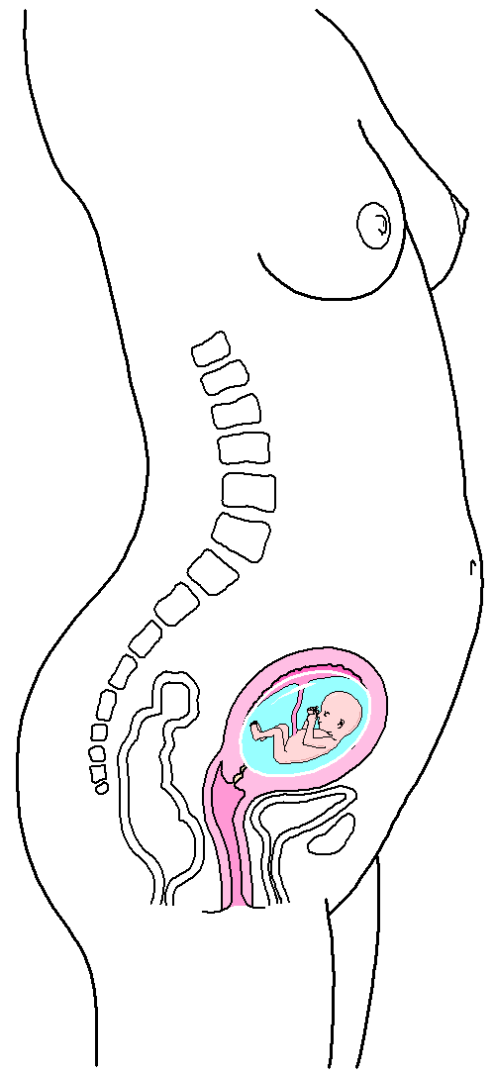
Joshua L. Weiss, MD,* Fergal D. Malone, MD, Danielle Emig, MPH, Robert H. Ball, MD, David A. Nyberg, MD, Christine H. Comstock, MD, George Saade, MD, Keith Eddleman, MD, Suzanne M. Carter, MS, Sabrina D. Craigo, MD, Stephen R. Carr, MD, Mary E. D'Alton, MD, for the FASTER Research Consortium

Columbia Presbyterian Medical Center, New York, NY

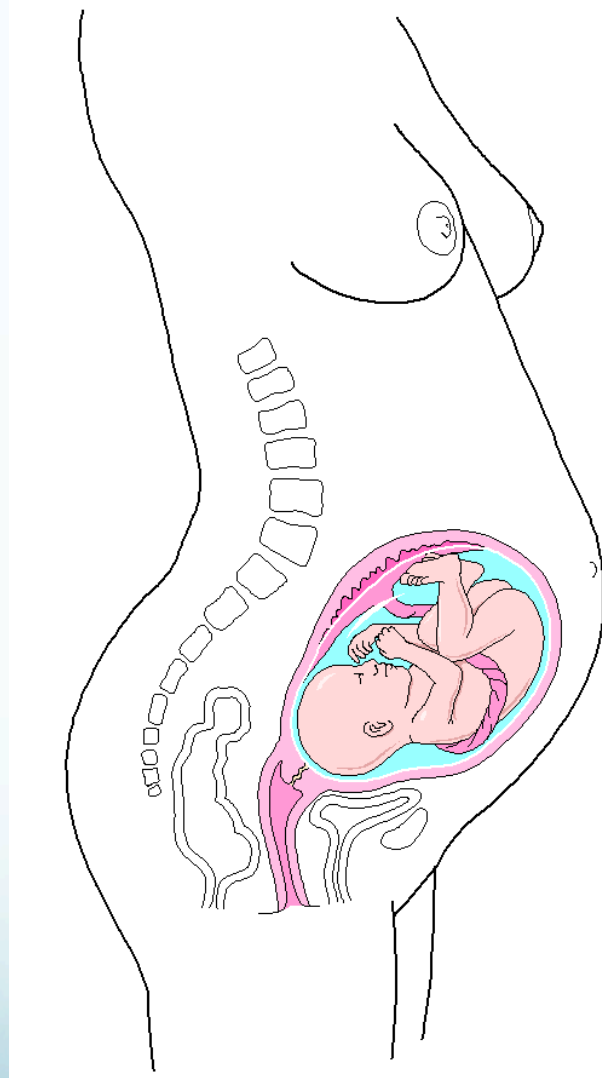
Received for publication May 13, 2003; revised September 2, 2003; accepted September 15, 2003



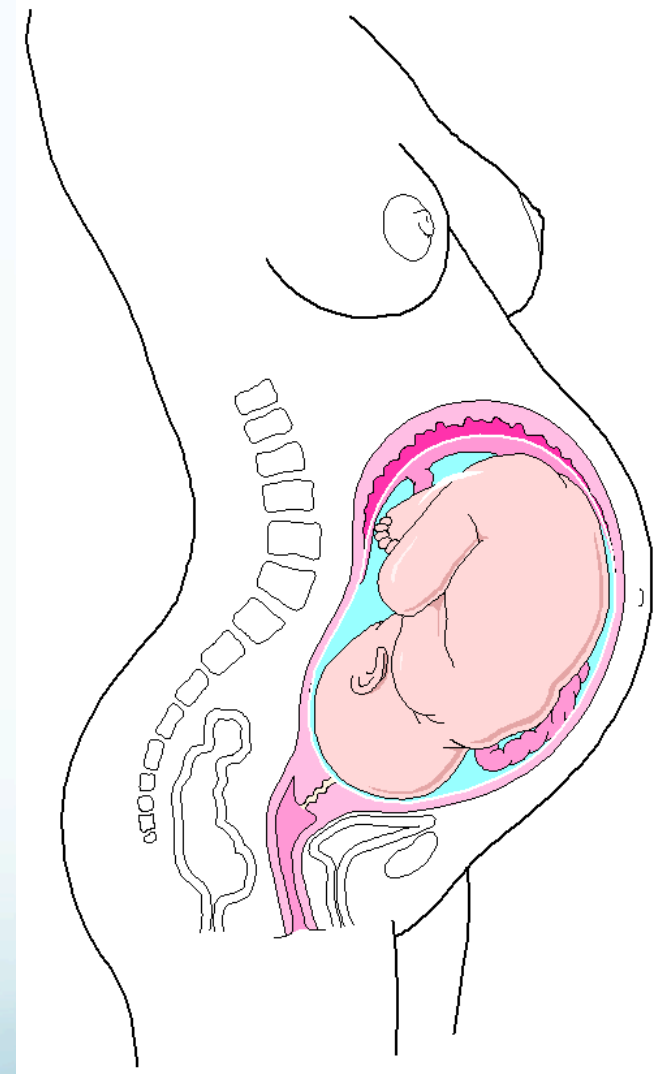
Crescita fetale



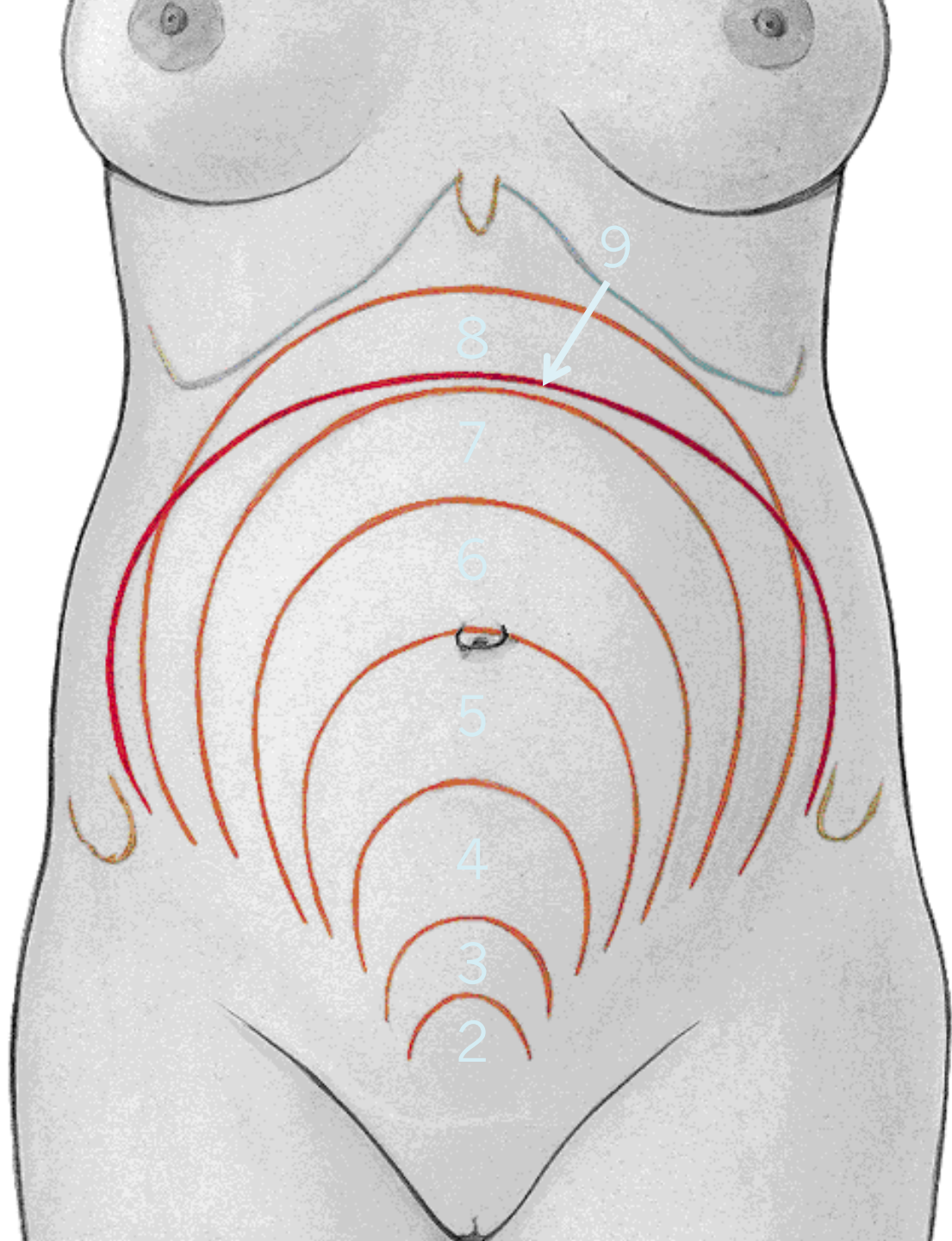
12 sett



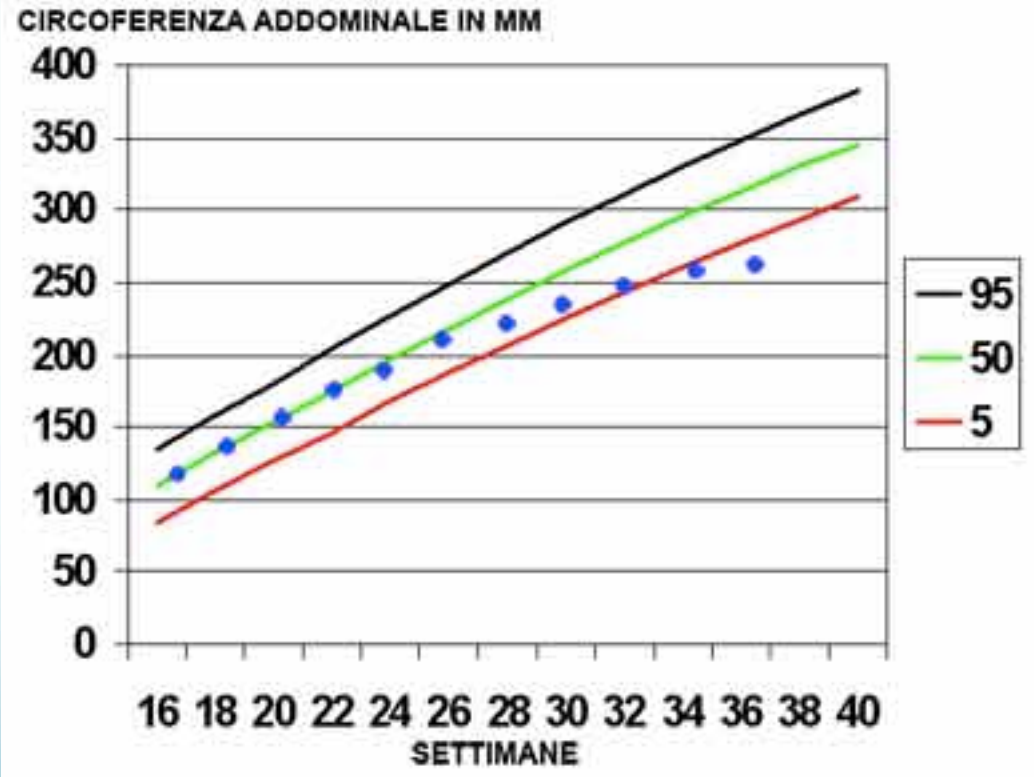
24 sett



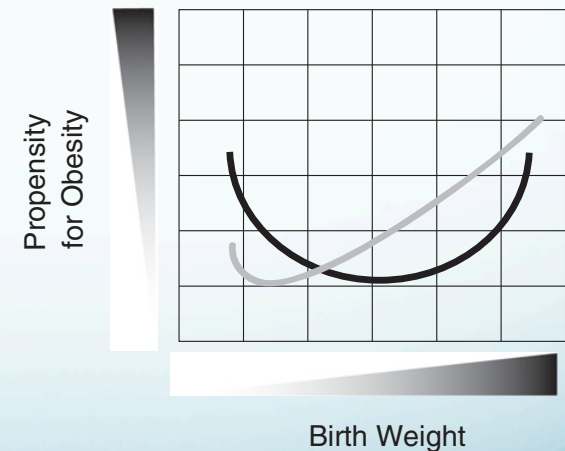
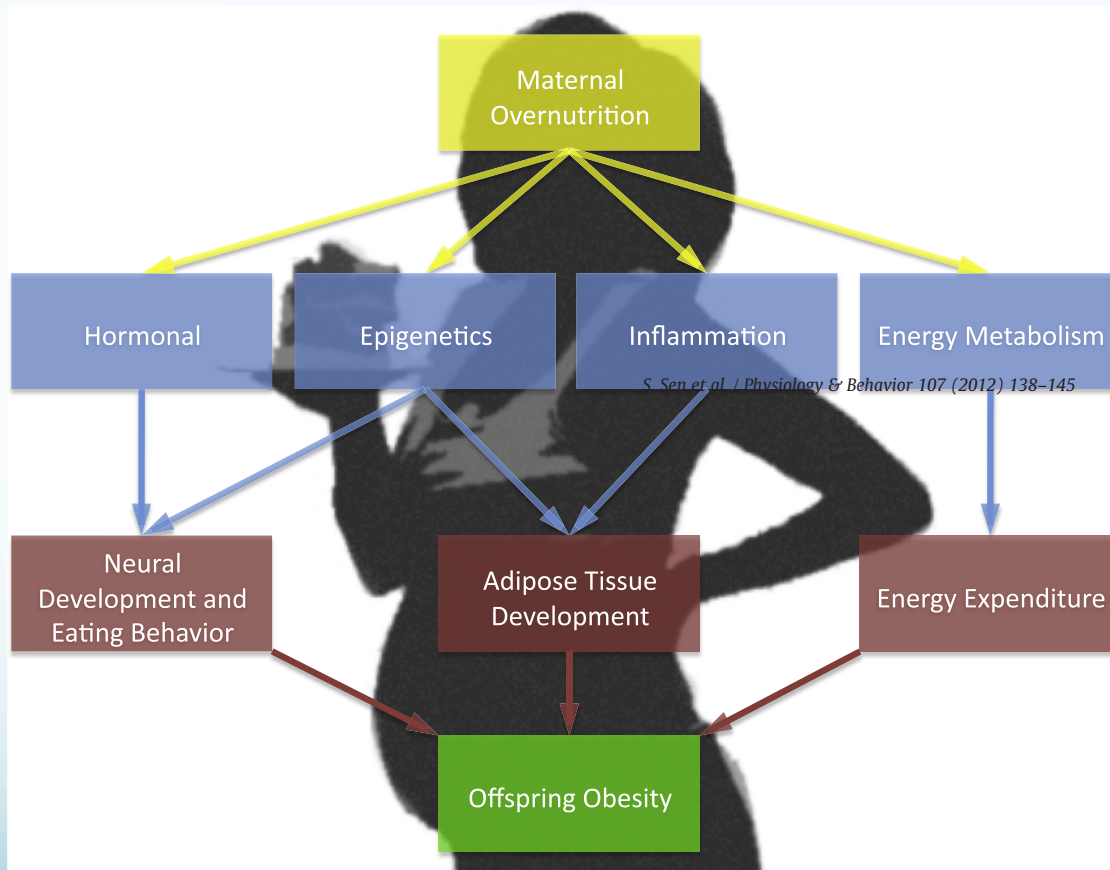
40 sett



Crescita fetale

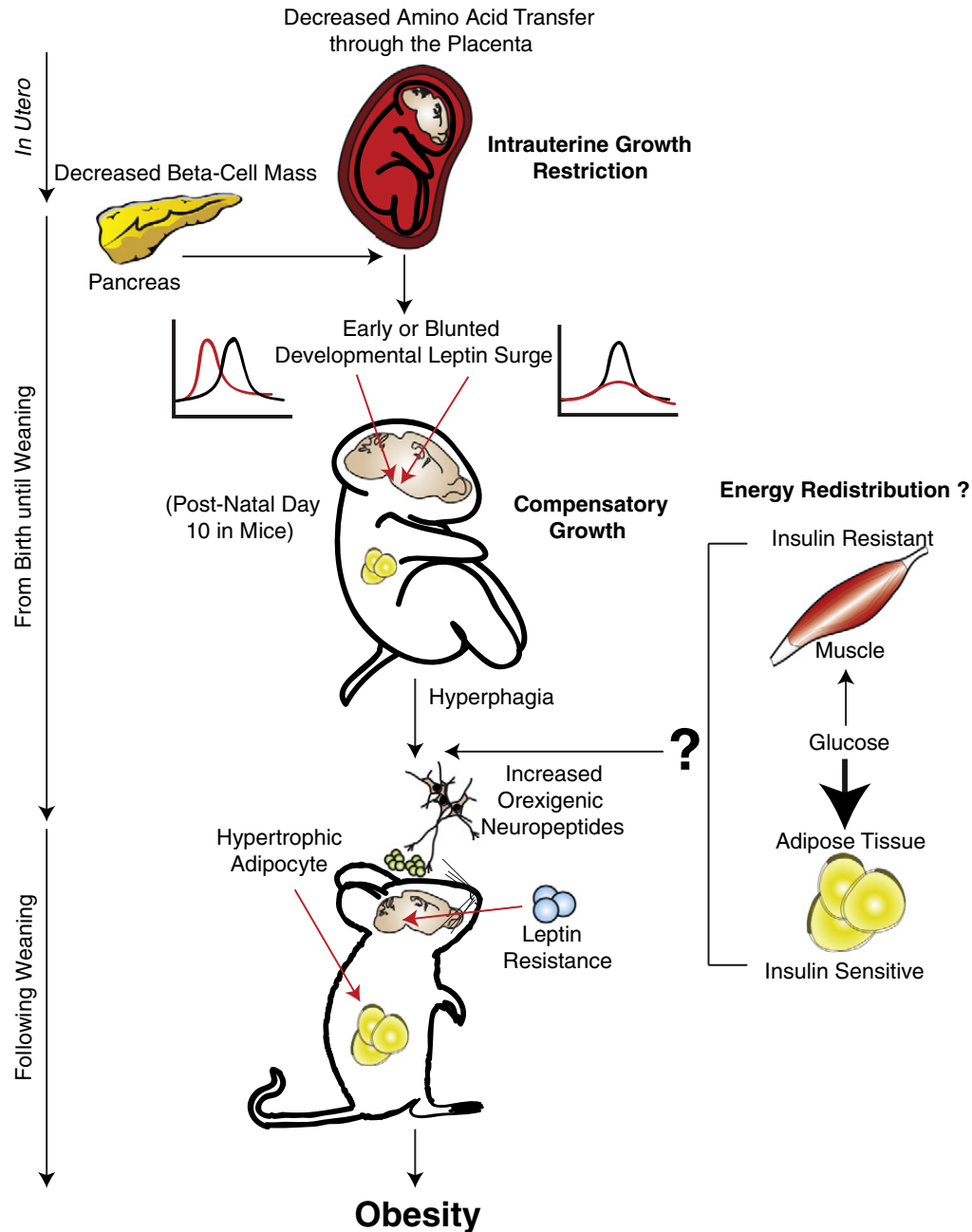


Crescita materna & crescita fetale

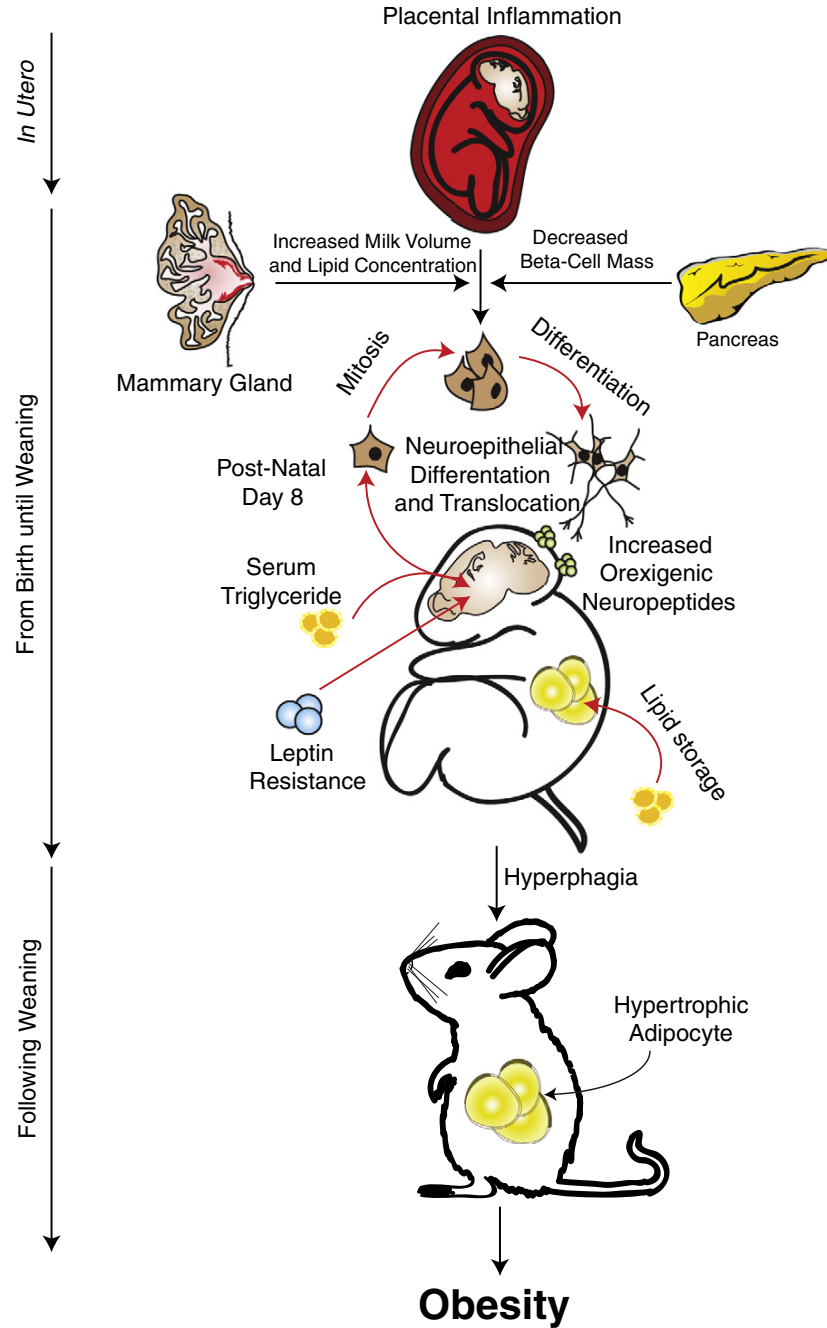


Ipotesi di relazione tra peso fetale (marker di esposizione nutrizionale) e propensione allo sviluppo di obesita' nella vita adulta

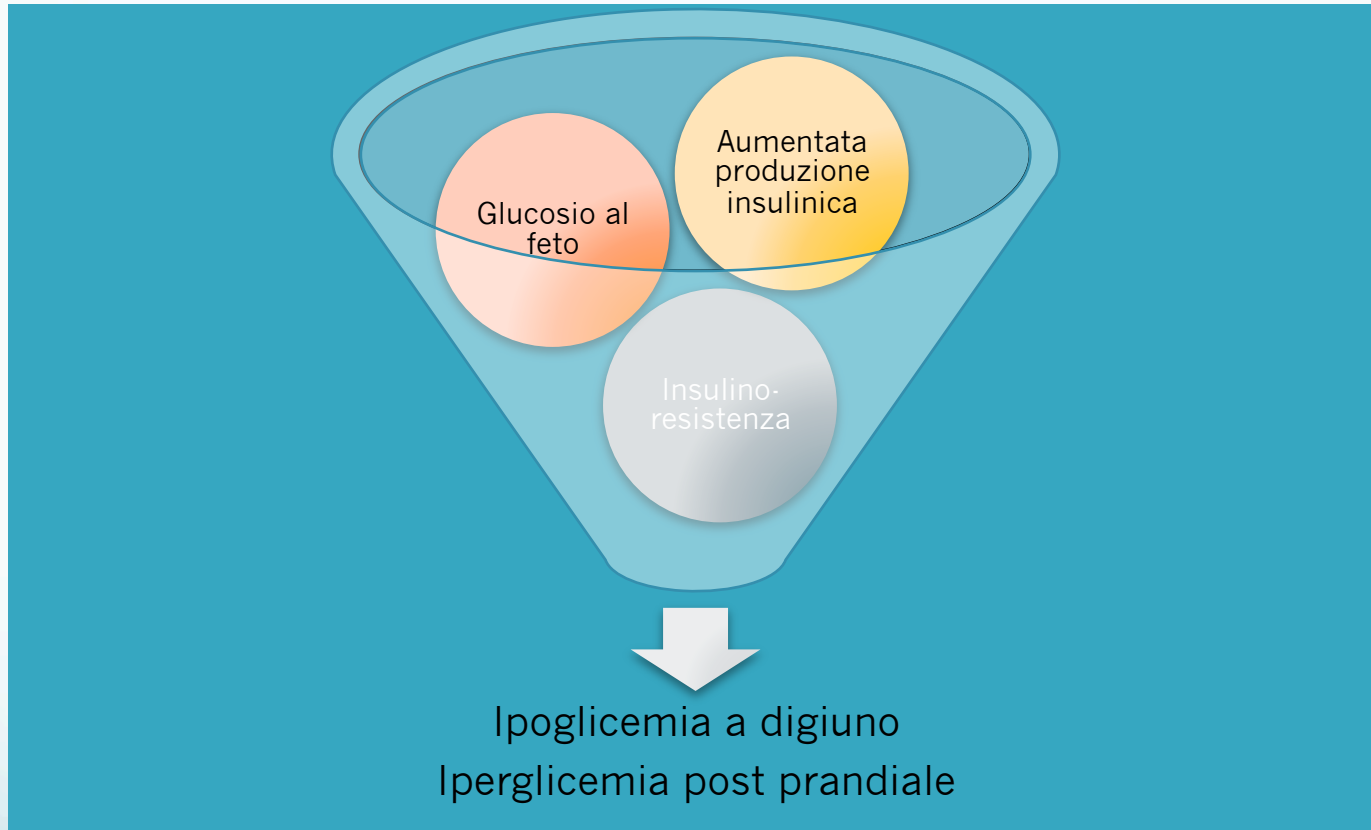
Global/Protein Restricted Diet Exposure



High-Fat/ Western Diet Exposure



Nutrizione in gravidanza



necessità di controllare precocemente le abitudini alimentari scegliendo opportunamente gli alimenti e suddividendoli in pasti piccoli e frequenti

Raccomandazioni

- La dieta deve essere variata:

è necessario consumare **tutti i giorni alimenti ricchi di ferro, di calcio e di proteine** (carne, uova, legumi freschi, formaggi freschi, pesce di mare) da distribuire durante la giornata in cinque pasti, piccoli e frequenti, a distanze regolari.

- Bisogna **evitare un consumo eccessivo di zucchero**, dolci, cioccolata, frutta.
- Non bisogna **mai saltare un pasto**, anche in mancanza d' appetito; bisogna evitare il digiuno prolungato. Ultimo spuntino prima di andare a letto e prima colazione più presto possibile.
- È opportuno **l' autocontrollo settimanale dell' aumento ponderale**, che deve essere rapportato al peso pre-gravidico.
- È consigliabile una **moderata attività fisica**.
- Le **donne obese prima della gravidanza devono controllare più spesso la pressione arteriosa, la glicemia, la crescita fetale** ed il volume del liquido amniotico; inoltre devono aumentare poco di peso.

Consigli dietetici

Necessario un **equilibrio fra i vari tipi d' alimenti**.

- Molte gravide mangiano troppi grassi, pochi carboidrati e fibre vegetali.
- **60 grammi di proteine** nella dieta/die
- **3-4 porzioni di derivati del latte, 2- 3 porzioni di carne, pesce o uova, 3 porzioni di frutta, 4-5 porzioni di verdura od ortaggi, 7-8 porzioni di cereali e legumi**
- Tipo di carboidrati nella dieta: il differente indice glicemico dei carboidrati cambia la risposta della glicemia e dell' insulinemia dopo i pasti ed anche la risposta glicemica all' esercizio fisico. Nutrendosi con carboidrati ad alto indice glicemico aumenta eccessivamente la crescita feto-placentare e l' incremento ponderale → **carboidrati a basso indice glicemico**

Grazie per l'attenzione